

PAŃSTWOWY INSPEKTOR SANITARNY**w Wodzisławiu Śląskim**44-300 Wodzisław Śl., ul. Bogumińska 3
tel. 32 456 38 10, 456 38 11, 456 38 12Załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/ 01
„Sposób wykonywania kontroli w ramach zapobiegawczego
i bieżącego nadzoru sanitarnego w tym zapobiegania
i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń”
wydanie z dnia 14.03.2016

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 27 /1218/NS/EP/2026Wodzisław Śląski, 16.02.2026r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

funkcjonariusz publiczny:, Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia 71/2025

funkcjonariusz publiczny:, Sekcja Epidemiologii, numer upoważnienia 64/2025

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wodzisławiu Śląskim

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity: Dz. U. 2024r., poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2025 r., poz. 1691)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. Alojzego Pawelca ul. Bracka 13, 44- 300

Wodzisław Śląski, tel. 32 453 71 44, e-mail: sekretariat@wscp.wodzislaw.pl

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna),

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Poradnia Gruzlicy i Chorób Płuc ul. Bracka 13, 44- 300 Wodzisław Śląski, tel. 32 453 71 44

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

– Dyrektor

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

Sejmik Województwa Śląskiego

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna)

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP: 647-21-80-171 Regon: 000297690 , PKD 86.10 Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

.....

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

specjalista ds. epidemiologii

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 16.02.2026 r. godz. 11.25

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

.....nie dotyczy.....

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 16.02.2026 r. godz. 14.35

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

Przestrzeganie wymagań sanitarno- higienicznych w zakresie epidemiologii w w/w obiekcie

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

.....nie dotyczy.....

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów*

.....nie dotyczy.....

9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku i/lub obrazu*.....nie dotyczy.....

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

.....nie dotyczy.....

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

Procedury medyczne

Umowa na wywóz odpadów medycznych

Karty przekazu odpadów medycznych

Dokumentacja kontroli wewnętrznej

Umowa na świadczenie usług sterylizacyjnych z WSS nr 2 w Rybniku

Umowa na świadczenie usług pralniczych

Faktura za świadczenie usług pralniczych

Paszporty techniczne bronchoskopów

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

.....nie dotyczy.....

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli –

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

- Wpis do KRS - 0000039408.

- Wpis do rejestru Wojewody Śląskiego – nr Księgi rejestrowej 000000014068.
- Toczy się postępowanie administracyjne, zostały wydane decyzje z dnia 22.04.2025r. nr NS/E.9022.6.82.2025r. oraz z dnia 28.12. 2023r. nr NS/HK.9022.1.105.414.6534.2023

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

Informacja o zakazie palenia tytoniu w formie pisemnej i graficznej umieszczona w widocznym miejscu, w czasie kontroli zakaz przestrzegany. Przypomniano o bezwzględnym zakazie palenia tytoniu w placówkach medycznych.

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc i Gruźlicy w Wodzisławiu Śląskim składa się z : Izby Przyjęć, Oddział I - Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc, Oddział II - Oddział Pulmonologiczny, Oddział III - Oddział Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej, Pracownie (USG, RTG, Endoskopii, Badań czynnościowych układu oddechowego), Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc, Laboratorium analityczno- bakteriologiczne, Apteka szpitalna.

Kontrolę sanitarną przeprowadzono w Pracowniach USG, Endoskopii, Badań czynnościowych układu oddechowego.

Pracownia Endoskopii wyposażona jest w 4 czynne bronchoskopy:

- model FB- 19TV rok produkcji 2017- przegląd techniczny w dniu 03.10.2025r.
- model EB- 580T- z 2021 roku , przegląd techniczny 02.12.2025r. ,
- model FB-19 TV z 2020r. przegląd techniczny 27.02.2025r.
- model EB 19-J10 z 2018r. przegląd techniczny 03.10.2025r.

1 wideobronchoskop ultrasonograficzny EBUS :

- model EB 19-J 104, rok 2021, przegląd techniczny- 27.02.2025r.

Dezynfekcja wysokiego stopnia w pomieszczeniu do dekontaminacji, w środkach:

- CIDEX OPA- do maszynowej dezynfekcji
- CIDEZYME - 8 ml na każdy litr wody- do wstępnego mycia

W pracowni endoskopii, w pomieszczeniu dezynfekcji zardzewiały kaloryfer oraz wieszak, w dziurawym pudełku plastikowym zużyty sprzęt wielorazowy (szczypczyki do biopsji). Polecono poddać go utylizacji zgodnie z wytycznymi dotyczącymi utylizacji odpadów medycznych skażonych. W pomieszczeniu do dezynfekcji endoskopów brudny mop do przecierania podłogi, polecono usunąć sprzęt i zastosować procedurę prawidłowego mycia i dezynfekcji powierzchni skażonych. W pracowni USG nieprawidłowo sklasyfikowane odpady medyczne 180103.

Kształt i powierzchnia pomieszczeń podmiotu leczniczego dostosowana do zainstalowanych i użytkowych urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie. Połączenie ścian z podłogami wykonane w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję. W gabinetach zabiegowych stanowiska do mycia rąk personelu wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, zaopatrzone w dozownik

z mydłem w płynie i środkiem dezynfekcyjnym oraz podajnik z ręcznikami jednorazowymi. W toalecie dla pacjentów i personelu stanowisko do mycia rąk zaopatrzone jest w umywalkę z ciepłą i zimną wodę, zapewnione są podajniki z mydłem w płynie i ręczniki jednorazowe. Środki dezynfekcyjne do rąk, powierzchni i sprzętu medycznego zapewnione, z aktualną datą ważności, przechowywane zgodnie z zaleceniami producenta.

W dniu kontroli stosowane są następujące preparaty do dezynfekcji:

Dezynfekcja powierzchni, narzędzi i sprzętu medycznego:

- Dezynfekcja rąk- Desderman
- Dezynfekcja powierzchni dotykowych- Mikrozyd wipes, Mikrozyd Spray, Meliseptol Spray
- Dezynfekcja powierzchni bezdotykowych- Quatrodest
- Dezynfekcja powierzchni skażonych materiałem biologicznym- Chlor Clean wipes

Postępowanie z bielizną prawidłowe, odzież ochronna brudna przechowywana w pojemniku wyłożonym workiem foliowym i odbierana 2 razy w tygodniu przez pralnię zewnętrzną – Firma Praxima- KRAKPOL w Trzebini. Odzież ochronna czysta przechowywana w wydzielonej szafie w szatni dla personelu, rozdział na odzież ochronną i odzież wierzchnia zachowany.

W obiekcie wytwarzane są odpady medyczne o kodzie: 180103(igły, strzykawki, skażone waciki, rękawiczki jednorazowe, maseczki, szpatułki) gromadzone w pojemnikach wyłożonych workiem koloru czerwonego lub sztywnych pojemnikach koloru czerwonego, oraz 180104 (ręczniki papierowe, opakowania po lekach, opakowania po sprzęcie jednorazowym) gromadzone w pojemnikach wyłożonych workami koloru niebieskiego. Transport wewnętrzny odpadów medycznych odbywa się w sposób uniemożliwiający narażenie na bezpośredni kontakt z nimi. Należy wzmocnić nadzór nad prawidłową klasyfikacją odpadów medycznych. Odpady medyczne przechowywane w chłodni. Transport odpadów medycznych do utylizacji przez firmę Remondis Medison w Dąbrowie Górniczej 3 razy w tygodniu.

Sprzątaniem placówki zajmuje się Firma zewnętrzna - Naprzód Hospital sp. z o.o. z Krakowa i Naprzód Servise sp. z o.o. z Łodzi (konsorcjum). Sprzęt do sprzątania zapewniony oraz środki myjąco-dezynfekujące.

Podmiot leczniczy posiada opracowane, wdrożone i aktualizowane procedury medyczne, zatwierdzone przez Dyrektora placówki, pracownicy zapoznali się z nimi poświadczając to swoim podpisem. Kontrola wewnętrzna prowadzona co najmniej 1 raz na pół roku, przez Panią . pielęgniarkę epidemiologiczną ostatnia 17.11.2025r. w zakresie : ogólnej czystości pomieszczeń, środków ochrony indywidualnej personelu, przestrzegania procedur zapobiegania zakażeniom.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*
.....nie dotyczy.....

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

W pomieszczeniu do endoskopii zardzewiały kaloryfer i wieszak oraz brudny mop do mycia podłogi, polecono w trybie natychmiastowym usunąć mop i wieszak, natomiast kaloryfer doprowadzić do należytego stanu higieniczno-sanitarnego.

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/ ~~dziennika budowy~~ **
.....
2. ~~Wniesiono~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
.....
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono**
.....
(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)
4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit. nie nałożono/nałożono**
grzywnę w drodze mandatu karnego na
.....
(imię i nazwisko/stanowisko)
w wysokości..... słownie.....
(nr mandatu karnego).....
(podstawa prawna)
5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia.....
wydane przez
.....
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu
.....
(imię i nazwisko/adres)
8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/~~nie zapoznano się~~ **
10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc

im. dr. Alojzego Pawelca

14-300 Wodzisław Śląski, ul. Bracka 13

NIP: 647-21-80-171

Regon 000297690 tel. 032 453 71 10

specjalista pielęgniarstwa
epidemiologicznego
1309558 Pst. asystent
PSSE w Wodzisławiu Śląskimst. asystent
PSSE w Wodzisławiu Śląskim

mgr

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczęć imienna/pieczęć podmiotu)

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 16.02.2026r.

DYREKTORWojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc
im. dr. A. Pawelca
w Wodzisławiu Śl.Wojewódzki Szpital Chorób Płuc
im. dr. Alojzego Pawelca
14-300 Wodzisław Śląski, ul. Bracka 13
NIP: 647-21-80-171
Regon 000297690 tel. 032 453 71 10

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli ~~wykorzystano~~/nie wykorzystano formularze kontroli** zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Wodzisławiu Śląskim**.**POUCZENIE:** W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić